

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES



July 11, 1984

ALL-COUNTY LETTER NO. 84-73

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: GREEN V. OBLEDO: CLAIM FORMS AND STATISTICAL FORMS

REFERENCE: MPP SECTION 50-010:
ALL COUNTY LETTER 83-47 (6/1/83)

This letter transmits claim forms and statistical forms to be used in implementation of the above-referenced court decision. Reproducible copies of the claim forms (Attachment 1) are provided in English and Spanish. The translations in Vietnamese, Laotian, Chinese and Cambodian will be forthcoming. Each county will need to duplicate these forms in a quantity sufficient to comply with MPP Section 50-010.321 which requires counties to provide the claim forms to claimants upon request.

Your initial supply of the Green posters printed in both English and Spanish will be sent to you under separate cover. Posters are to be distributed and posted in accordance with MPP Section 50-010.22. If additional posters are needed, they can be ordered through the State Department of Social Services Warehouse.

Claim Forms (Attachment 1) and the Claiming Process

There will be two claim forms which the county will send in response to claimant requests for forms. The first form (TEMP 1583) will be sent to those claimants for whom a case record is available. The questions asked on this form are minimal and need not be as detailed as those on the second claim form (TEMP 1583A), since the existence of a case record validates receipt of AFDC and provides needed information on the amount of work-related expenses originally allowed and the grant paid. The TEMP 1583A will be sent to those claimants for whom no case record exists. This form is much more detailed because the work-related expenses originally allowed and the grant paid must be reconstructed.

The third claim form used in implementation of the Green order (TEMP 1583B) will be sent, not in response to a request for claim forms, but at county initiative for cases in which the amount of an overpayment which occurred during the retroactive period is now being computed.

The initial claiming process will be as follows:

The claimant will contact the county welfare department (CWD) to obtain claim forms. Because the claimant will not always contact the CWD which either aided or denied aid to him/her during the retroactive period, it is necessary to take some preliminary actions prior to determining which claim form will be sent him/her.

1. The following information will be obtained from the claimant at the time of his/her request for claim forms.
 - The county or counties which either aided or denied aid to the claimant during the period(s) he/she wishes to file a claim.
 - The aid month(s) for which the claimant wishes to file in each county.
 - The approximate date of the claimant's most recent discontinuance immediately following the aid month (for each county).
2. The retention dates for the appropriate county or counties will be reviewed (Attachment II) to determine whether the county to which the claim will be submitted should have the case record. If the county or counties in question would have the case record, the TEMP 1583 would be sent; if not, the TEMP 1583A would be sent. Please note that a separate form must be sent for each county in which a claim will be filed and that each claim form only encompasses five months of information.

Should the county be unable to determine which claim form is appropriate, the TEMP 1583A is to be sent the claimant.

Example: A claimant calls Sacramento County to request claim forms. The county obtains the following information from the claimant.

<u>County Where Claim Will be Filed</u>	<u>Aid Months</u>	<u>Most Recent Discontinuance Immediately Following Aid Month</u>
Los Angeles	3/76 - 9/76	12/76
San Francisco	3/79	6/80

1. Because Los Angeles has case records for case closures from 1/77, forward (refer to Attachment II), Los Angeles will probably not have the claimant's case record; therefore, a TEMP 1583A will be sent. Additionally, because the claimant will be filing for 6 months, two forms will be necessary.
2. San Francisco has case records for case closures from 5/80, forward; hence, the claimant will need a TEMP 1583.
3. Result: Two TEMP 1583A's and one TEMP 1583 should be sent to the claimant.

Statistical Reporting

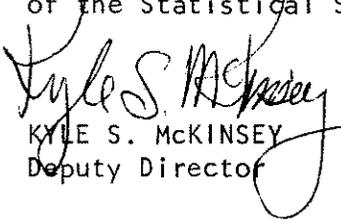
Attached are two copies of the statistical report (TEMP 1595) which will be used to report information required by MPP Section 50-010.328 (Attachment III). The first report is due on March 1, 1985 and the second report on May 1, 1985.

Any actions taken on newly computed overpayments as a result of All-County Letter 83-47 (6/1/83) are to be reported using Attachment IV of this letter. This report will include actions taken through August 31, 1984 and must be submitted no later than October 1, 1984 to:

State Department of Social Services
AFDC Program Development Bureau
744 P Street, M.S. 16-25
Sacramento, California 95814

Attention: Joe Carleton

If there are questions regarding this letter or Attachments I, II and IV, please contact Joe Carleton of the AFDC Program Development Bureau at (916) 322-5387. Any questions concerning Attachment III should be directed to Paul Christenson of the Statistical Services Branch at (916) 322-5462.


KYLE S. MCKINSEY
Deputy Director

Attachments

cc: CWDA

ATTACHMENT I

- 1) TEMP 1583 - Case Record Available
- 2) TEMP 1583A - Case Record Not Available
- 3) TEMP 1583B - Case Record Available, Newly
Computed Overpayments

WE MAY OWE YOU MONEY

If you received AFDC aid at any time during 1974 through November 9, 1981, we may owe you more money.

As the result of a court case (Green vs. Obledo), you may get this money if you can answer "yes" to at least one question in each of the three groups below:

- 1) Did you receive AFDC aid at any time during those years? Did County Welfare tell you they overpaid you during those years? (Maybe they were wrong.) During those years, did Welfare deny you AFDC because you earned "too much" money?
- 2) During the time you received (or asked for) AFDC aid, did you work? Did anyone else work who was included when Welfare computed that same aid?
- 3) Did you have any work-related costs greater than those Welfare used when it computed your aid? Were your true work-related costs greater than those Welfare used when it computed your aid? (For example: During 1974 through 1976, Welfare allowed you 12 cents a mile for work-related transportation. And during 1977 through November 9, 1981, it allowed you 15 cents a mile. Did you spend more?)

To ask for the money you think we owe you, answer the questions on the claim form below.

- If you are still getting AFDC money, you must submit the form by January 1, 1985.
- If you no longer get AFDC money, you must submit the form by February 1, 1985.

If you can do so, you must attach proof of payment for all the costs you list on the form. As proof, you can use receipts, cancelled checks or money orders. Or you can give us a signed statement from the place where you spent the money. If you can't provide the proof, the county may accept your sworn statement.

Use a separate form for each county which gave or denied you AFDC money during the months in question. Send the form to the county welfare department of that county.

You may use extra paper if you need to.

CLAIM FORM

My name is: _____

This county gave me AFDC aid: _____

My case name was: _____

My case number was: _____

My address was: _____

I learned about the Green court case from:

- TV/Radio Newspaper Ad Poster
 Medi-Cal Ad Word-of-Mouth Other

IF YOU RECEIVED AFDC AID, ANSWER THIS QUESTION

When did you receive AFDC aid?

| Year and Month |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Answer the questions below. If you can do so, you must attach proof of payment for all costs except those (within reason) for oil and gasoline.

HERE ARE QUESTIONS ABOUT YOUR WORK-RELATED MILEAGE:

What month and year?	What Car?		How many miles was this car driven this month?			Who was the driver?
	Make	Year	Total Miles	How many miles did you or someone else drive to and from work only this month?		
				Miles	If less than usual, say why	

HERE ARE QUESTIONS ABOUT YOUR WORK-RELATED TRANSPORTATION COST:
(For gasoline, report both the cost you paid and the cost per gallon.)

Date paid? (Month and year)	Amount paid?	To whom paid?		Paid for what?	What car?	
		Name	Address		Make	Year

HERE ARE QUESTIONS ABOUT YOUR OTHER WORK-RELATED COSTS (Uniforms, equipment and the like):

Date paid? (Month and year)	Amount paid?	To whom paid?		Paid for what?
		Name	Address	

HERE ARE QUESTIONS ABOUT MISSING PROOF OF PAYMENT (If you failed to attach such proof)

What Month and Year?	Paid for what?	Why haven't you attached proof of payment? (You needn't answer for gasoline or oil)	Tell us how you tried to get proof.

NAME (PRINT) _____ PHONE NUMBER _____

ADDRESS _____

I declare, under penalty of perjury, that the above statements are true and correct: (Signed)

ES POSIBLE QUE LE DEBAMOS DINERO

Si usted recibió ayuda de AFDC en cualquier fecha comprendida entre el año de 1974 y el 9 de noviembre de 1981, posiblemente le debamos dinero adicional.

Como resultado de un caso que se llevó a corte (Green vs. Obledo), usted puede obtener este dinero si contesta que "sí" a por lo menos una pregunta en cada uno de los tres grupos que aparecen a continuación:

- 1) ¿Recibió usted ayuda de AFDC en cualquier período durante las fechas indicadas arriba? ¿Le dijo a usted el departamento de bienestar del condado que le habían hecho un pago excesivo durante esos años? (Tal vez hayan hecho un error.) Durante esos años, ¿le negó a usted la oficina de bienestar AFDC porque ganaba "demasiado" dinero?
- 2) Durante el tiempo en que recibía (o solicitó) ayuda de AFDC, ¿trabajó usted? ¿Trabajó alguna otra persona que estaba incluida cuando la oficina de bienestar calculó dicha asistencia?
- 3) ¿Tuvo usted gastos relacionados con el trabajo mayores que las cantidades usadas por la oficina de bienestar cuando se calculó su asistencia? ¿Fueron sus gastos reales relacionados con el trabajo mayores que los que usó la oficina de bienestar cuando calculó su asistencia? (Por ejemplo: Durante 1974 y 1976, la

oficina de bienestar le permitía deducir 12 centavos por milla por transportación relacionada con el trabajo. Y desde 1977 hasta el 9 noviembre de 1981, le permitía 15 centavos por milla. ¿Gastó usted una cantidad mayor?)

Para pedir el dinero que cree que le debemos, conteste las preguntas que aparecen en la forma de reclamo al final de esta página.

Si todavía recibe dinero de AFDC, debe presentar la forma a más tardar el 1 de febrero de 1985.

Si ya no recibe dinero de AFDC, debe presentar la forma a más tardar el 1 de febrero de 1985.

Si puede, debe adjuntar comprobantes para todos los gastos que indique en la forma. Dichos comprobantes pueden ser recibos, cheques negociados o giros. O nos puede dar una declaración firmada del lugar en el cual gastó el dinero. Si no puede proporcionar comprobantes, puede ser que el condado acepte su declaración jurada.

Use una forma aparte para cada condado que le haya dado o negado dinero de AFDC durante los meses en cuestión. Envíe la forma al departamento de bienestar de ese condado.

Puede usar papel extra si necesita.

FORMA DE RECLAMO

Me llamo: _____

Recibí ayuda de AFDC del condado de: _____

El nombre de mi caso era: _____

El número de mi caso era: _____

Mi domicilio era: _____

Me enteré de que el caso Green fue llevado a corte por medio de:

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TV/Radio | <input type="checkbox"/> Anuncio de periódico | <input type="checkbox"/> Cartel |
| <input type="checkbox"/> Anuncio de Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Rumores | <input type="checkbox"/> Otro medio |

SI RECIBIÓ AYUDA DE AFDC, CONTESTE ESTA PREGUNTA

¿Cuándo recibió ayuda de AFDC?

| Año y Mes |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Conteste las preguntas siguientes. Si puede, debe adjuntar comprobante de los pagos para todos los gastos excepto los de aceite y gasolina (aunque tienen que ser razonables).

ESTAS PREGUNTAS SON RESPECTO A SU MILLAJE RELACIONADO CON EL TRABAJO:

¿Cuál mes y año?	¿Cuál automóvil?		¿Cuántas millas recorrió este automóvil durante este mes?			¿Quién manejaba?
	Marca	Año	Total de Millas	¿Cuántas millas manejó usted o alguien más al y del trabajo únicamente en este mes?		
				Millas	Si fueron menos millas que lo usual en este mes, diga por qué	

ESTAS PREGUNTAS SON RESPECTO A SUS GASTOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO:

(Para la gasolina, reporte lo que le costó en total y lo que costaba por galón.)

Fecha del pago (Mes y año)	Cantidad pagada	¿Pagada a quién?		¿Pagada por qué?	¿Cuál automóvil?	
		Nombre	Domicilio		Marca	Año

ESTAS PREGUNTAS SON RESPECTO A OTROS GASTOS RELACIONADOS CON SU TRABAJO (uniformes, equipo, etc.):

Fecha del pago (Mes y año)	Cantidad pagada	¿Pagada a quién?		¿Pagada por qué?
		Nombre	Domicilio	

ESTAS PREGUNTAS SON SOBRE LA FALTA DE COMPROBANTES DE PAGOS (Si no adjunta dichos comprobantes)

¿Cuál mes y año?	¿Pagado por qué?	¿Por qué no ha adjuntado comprobantes? (No necesita contestar esto si los comprobantes que le faltan son por gasolina y aceite)	Díganos lo que hizo para tratar de obtener los comprobantes.

NOMBRE (USE LETRA DE IMPRENTA)

NÚMERO DE TELÉFONO

DOMICILIO

Declaro, bajo pena de perjurio, que las declaraciones en ésta son verdaderas y correctas: (Firma)

WE MAY OWE YOU MONEY

If you received AFDC aid at any time during 1974 through November 9, 1981, we may owe you more money.

As the result of a court case (Green vs. Obledo), you may get this money if you can answer "yes" to at least one question in each of the three groups below:

- 1) Did you receive AFDC aid at any time during those years? Did County Welfare tell you they overpaid you during those years? (Maybe they were wrong.) During those years, did Welfare deny you AFDC because you earned "too much" money?
- 2) During the time you received (or asked for) AFDC aid, did you work? Did anyone else work who was included when Welfare computed that same aid?
- 3) Did you have any work-related costs greater than those Welfare used when it computed your aid? Were your true work-related costs greater than those Welfare used when it computed your aid? (For example: During 1974 through 1976, Welfare allowed you 12 cents a mile for work-related transportation. And during 1977 through November 9, 1981, it allowed you 15 cents a mile. Did you spend more?)

To ask for the money you think we owe you, answer the questions on the claim form below.

- If you are still getting AFDC money, you must submit the form by January 1, 1985.
- If you no longer get AFDC money, you must submit the form by February 1, 1985.

If you can do so, you must attach proof of payment for all the costs you list on the form. As proof, you can use receipts, cancelled checks or money orders. Or you can give us a signed statement from the place where you spent the money. If you can't provide the proof, the county may accept your sworn statement.

Use a separate form for each county which gave or denied you AFDC money during the months in question. Send the form to the County Welfare Department of that County.

You may use extra paper if you need to.

CLAIM FORM

My name is: _____

My case name was: _____

My address was: _____

This county gave me AFDC aid: _____

My case number was: _____

During the months I list below my family got (or should have gotten) AFDC aid because:

The other parent or I worked recently: Yes No

I learned about the Green court case from:

- TV/Radio Newspaper Ad Poster
 Medi-cal Ad Word-of-Mouth Other

- The other parent was incapacitated or gone.
 That parent or I worked less than 100 hours.
 Both of the above.

IF YOU RECEIVED AFDC AID, ANSWER THIS QUESTION

When did you receive AFDC aid?

| Year and Month |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

To prove that you did get AFDC aid during the month, please attach one of these: A Medi-Cal card for the month. (It should show your AFDC case number.) Or a signed statement from the doctor who treated you. (The doctors should say that they billed your visit to Medi-Cal under your AFDC case number.) Or a message from County Welfare showing that you got AFDC during the month. Or anything else that shows you got such aid.

IF YOU CAN'T PROVE YOU RECEIVED AFDC AID, ANSWER THESE QUESTIONS

When received? (Year & Month)	For whom did you seek aid?			Who were your case workers?	
	Name?	Age then?	How related?	Their names?	Their office address?

IF THE COUNTY DENIED YOU AID, ANSWER THESE QUESTIONS

When and why were you denied aid?		Who were your case workers?	
When? (Year and month)	Why?	Their names?	Their office address?

When were you denied aid? (Year & mo.)	For whom did you seek aid?			For whom else did you seek aid?		
	Name	Age then?	How related?	Name	Age then?	How related?

IF THE COUNTY SAID IT OVERPAID YOU, ANSWER THESE QUESTIONS

When and why were you overpaid aid?		Who were your case workers?	
When? (Year and month)	Why?	Their names?	Their office address?

When were you over-paid aid? (Year & mo.)	For whom did you seek aid?			For whom else did you seek aid?		
	Name	Age then?	How related?	Name	Age then?	How related?

Did you receive wages or other income during a month for which you claimed aid? Or did anyone else in your aid unit? If so, answer the questions below.

Under the first set of questions (WAGES), be sure to include mandatory deductions. Do so in column three, "Deduct". Such deductions include income taxes, social security, and compulsory retirement. They also include both unemployment and disability insurance.

If you can do so, attach proof of payment for both wages and other income. If you can't provide such proof, answer the last set of questions on this page. (To prove wages, you may attach pay stubs or an itemized statement from your employer.)

HERE ARE QUESTIONS ABOUT WAGES

Date paid? (Mo. & Yr.)	Amount paid?		To whom paid?		By whom paid?	
	Gross	Deduct	Name	Age	Name	Address

HERE ARE QUESTIONS ABOUT OTHER INCOME

Date paid? (Mo. & Yr.)	Amount paid?	Type?	To whom paid?	By whom paid?

HERE ARE QUESTIONS ABOUT MISSING PROOF OF WAGES OR OTHER INCOME (If you failed to attach such proof)

Mo. & Yr.	Type of wage Or income.	Why haven't you attached proof of payment?	Tell us how you tried to get proof.

Please note: If you haven't attached proof of wages, then provide tax returns or W-2 forms. Although neither proves the amount of wages paid for the months involved, either one proves employment.

Answer the questions below. If you can do so, you must attach proof of payment for all costs except those (within reason) for oil and gasoline.

HERE ARE QUESTIONS ABOUT YOUR WORK-RELATED MILEAGE:

What month and year?	What Car?		How many miles was this car driven this month?			Who was the driver?
	Make	Year	Total Miles	How many miles did you or someone else drive to and from work only this month?		
				Miles	If less than usual, say why	

HERE ARE QUESTIONS ABOUT YOUR WORK-RELATED TRANSPORTATION COST:
(For gasoline, report both the cost you paid and the cost per gallon.)

Date paid? (Month and year)	Amount paid?	To whom paid?		Paid for what?	What car?	
		Name	Address		Make	Year

HERE ARE QUESTIONS ABOUT YOUR OTHER WORK-RELATED COSTS (Uniforms, equipment and the like):

Date paid? (Month and year)	Amount paid?	To whom paid?		Paid for what?
		Name	Address	

HERE ARE QUESTIONS ABOUT MISSING PROOF OF PAYMENT (If you failed to attach such proof)

What Month and Year?	Paid for what?	Why haven't you attached proof of payment? (You needn't answer for gasoline or oil)	Tell us how you tried to get proof.

NAME (PRINT) _____ PHONE NUMBER _____
ADDRESS _____

I declare, under penalty of perjury, that the above statements are true and correct: (Signed) _____

ES POSIBLE QUE LE DEBAMOS DINERO

Si usted recibió ayuda de AFDC en cualquier fecha comprendida entre el año de 1974 y el 9 de noviembre de 1981, posiblemente le debamos dinero adicional.

Como resultado de un caso que se llevó a corte (Green vs. Obiedo), usted puede obtener este dinero si contesta que "sí" a por lo menos una pregunta en cada uno de los tres grupos que aparecen a continuación:

- 1) ¿Recibió usted ayuda de AFDC en cualquier período durante las fechas indicadas arriba? ¿Le dijo a usted el departamento de bienestar del condado que le habían hecho un pago excesivo durante esos años? (Tal vez hayan hecho un error.) Durante esos años, ¿le negó a usted la oficina de bienestar AFDC porque ganaba "demasiado" dinero?
- 2) Durante el tiempo en que recibía (o solicitó) ayuda de AFDC, ¿trabajó usted? ¿Trabajó alguna otra persona que estaba incluida cuando la oficina de bienestar calculó dicha asistencia?
- 3) ¿Tuvo usted gastos relacionados con el trabajo mayores que las cantidades usadas por la oficina de bienestar cuando se calculó su asistencia? ¿Fueron sus gastos reales relacionados con el trabajo mayores que los que usó la oficina de bienestar cuando calculó su asistencia? (Por ejemplo: Durante 1974 y

1976, la oficina de bienestar le permitía deducir 12 centavos por milla por transportación relacionada con el trabajo. Y desde 1977 hasta el 9 noviembre de 1981, le permitía 15 centavos por milla. ¿Gastó usted una cantidad mayor?)

Para pedir el dinero que cree que le debemos, conteste las preguntas que aparecen en la forma de reclamo al final de esta página.

Si todavía recibe dinero de AFDC, debe presentar la forma a más tardar el 1 de enero de 1985.

Si ya no recibe dinero de AFDC, debe presentar la forma a más tardar el 1 de febrero de 1985.

Si puede, debe adjuntar comprobantes para todos los gastos que indique en la forma. Dichos comprobantes pueden ser recibos, cheques negociados o giros. O nos puede dar una declaración firmada del lugar en el cual gastó el dinero. Si no puede proporcionar comprobantes, puede ser que el condado acepte su declaración jurada.

Use una forma aparte para cada condado que le haya dado o negado dinero de AFDC durante los meses en cuestión. Envíe la forma al departamento de bienestar de ese condado.

Puede usar papel extra si necesita.

FORMA DE RECLAMO

Me llamo: _____

El nombre de mi caso era: _____

Mi domicilio era: _____

El otro padre o yo trabajamos recientemente: Sí No

Me enteré que el caso Green fue llevado a corte por medio de:

- TV/Radio Anuncio de periódico Cartel
 Anuncio de Medi-Cal Rumores Otro medio

Recibí ayuda de AFDC del condado de: _____

El número de mi caso era: _____

Durante los meses que cito abajo mi familia recibió (o debería haber recibido) AFDC porque:

- El otro padre estaba incapacitado o fuera del hogar.
 El otro padre o yo trabajamos menos de 100 horas.
 Las dos cosas.

SI RECIBÍ AYUDA DE AFDC, CONTESTE ESTA PREGUNTA

¿Cuándo recibió ayuda de AFDC?

| Año y Mes |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Para comprobar que recibió beneficios de AFDC durante el mes, por favor adjunte una de las cosas siguientes: Una tarjeta de Medi-Cal para el mes (Ésta debe tener el número de su caso de AFDC.) O una declaración firmada por el médico con quién consultó. (Los médicos deben decir que cobraron su consulta a Medi-Cal bajo el número de su caso de AFDC.) O una verificación del Departamento de Bienestar mostrando que usted recibió AFDC durante el mes. O cualquier prueba adicional que muestre que usted recibió tal asistencia.

SI NO PUEDE COMPROBAR QUE RECIBÍ ASISTENCIA DE AFDC, CONTESTE ESTAS PREGUNTAS

¿Cuándo la recibió? (Año y Mes)	¿Para quién pidió ayuda?			¿Quiénes eran los trabajadores de su caso?	
	¿Nombre?	¿Edad durante ese tiempo?	¿Relación a usted?	¿Sus nombres?	¿Direcciones de sus oficinas?

SI EL CONDADO LE NEGÓ AYUDA, CONTESTE ESTAS PREGUNTAS

¿Cuándo y por qué se le negó la ayuda?		¿Quiénes eran los trabajadores de su caso?	
¿Cuándo? (Año y Mes)	¿Por qué?	¿Sus nombres?	¿Direcciones de sus oficinas?

¿Cuándo se le negó la ayuda? (Año y Mes)	¿Para quién pidió ayuda?			¿Para quién más pidió ayuda?		
	Nombre	¿Edad durante ese tiempo?	¿Relación a usted?	Nombre	¿Edad durante ese tiempo?	¿Relación a usted?

SI EL CONDADO LE DIJO QUE LE HABÍA EMITIDO UN PAGO EXCESIVO, CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Cuándo y por qué se le dió un pago excesivo?		¿Quiénes eran los trabajadores de su caso?	
¿Cuándo? (Año y Mes)	¿Por qué?	¿Sus nombres?	¿Direcciones de sus oficinas?

¿Cuándo le hicieron un pago excesivo? (Año y Mes)	¿Para quién pidió ayuda?			¿Para quién más pidió ayuda?		
	Nombre	¿Edad durante ese tiempo?	¿Relación a usted?	Nombre	¿Edad durante ese tiempo?	¿Relación a usted?

¿Recibió usted, o cualquier otra persona en su unidad de asistencia, salarios u otros ingresos durante el mes para el cual solicitó ayuda? Si sí, conteste las siguientes preguntas.

Bajo el primer grupo de preguntas (SALARIOS), asegúrese de incluir deducciones mandatorias. Hágalo en la tercera columna, "deducciones". Estas deducciones incluyen impuestos sobre ingresos, seguro social y deducciones obligatorias para la jubilación. También incluyen seguro contra desempleo e incapacidad.

Si puede hacerlo, adjunte comprobantes de salarios y otros ingresos. Si no puede proveer tales comprobantes, conteste el último grupo de preguntas en esta página. (Para comprobar salarios, puede adjuntar talones de cheques o una declaración detallada de su empleador.)

ESTAS PREGUNTAS SON RESPECTO A SALARIOS

Fecha en que se pagó (Año y Mes)	Salarios brutos		¿A quién se le pagó?		¿Pagado por quién?	
	Salarios brutos	Deducciones	Nombre	Edad	Nombre	Domicilio

ESTAS PREGUNTAS SON RESPECTO A OTROS INGRESOS

Fecha en que se pagó (Año y Mes)	Cantidad pagada	Tipo	¿A quién se le pagó?	¿Pagado por quién?

ESTAS PREGUNTAS SON RESPECTO A LA FALTA DE COMPROBANTES DE SALARIOS U OTROS INGRESOS
(Si no adjuntó tales comprobantes)

Mes y Año	Tipo de salario o ingreso.	¿Por qué no adjuntó comprobantes del pago?	Díganos cómo trató de obtener comprobantes

Recuerde: Si no ha adjuntado comprobantes de salarios, provéanos con declaraciones de impuestos sobre ingresos o con formas W-2. Aunque ninguna compruebe la cantidad de salarios pagados por los meses involucrados, las dos comprueban empleo.

Conteste las preguntas siguientes. Si puede, adjunte comprobante de los pagos para todos los gastos excepto los de aceite y gasolina (aunque tienen que ser razonables).

ESTAS PREGUNTAS SON RESPECTO A SU MILLAJE RELACIONADO CON EL TRABAJO:

¿Cuál mes y año?	¿Cuál automóvil?		¿Cuántas millas recorrió este automóvil durante este mes?			¿Quién manejaba?
	Marca	Año	Total de Millas	¿Cuántas millas manejó usted o alguien más al y del trabajo únicamente en este mes?		
				Millas	Si fueron menos millas que lo usual en este mes, diga por qué	

ESTAS PREGUNTAS SON RESPECTO A SUS GASTOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO:

(Para la gasolina, reporte lo que le costó en total y lo que costaba por galón.)

Fecha del pago (Mes y Año)	Cantidad pagada	¿Pagada a quién?		¿Pagada por qué?	¿Cuál automóvil?	
		Nombre	Domicilio		Marca	Año

ESTAS PREGUNTAS SON RESPECTO A OTROS GASTOS RELACIONADOS CON SU TRABAJO (uniformes, equipo, etc.):

Fecha del pago (Mes y Año)	Cantidad pagada	¿Pagada a quién?		¿Pagada por qué?
		Nombre	Domicilio	

ESTAS PREGUNTAS SON SOBRE LA FALTA DE COMPROBANTES DE PAGOS (Si no adjunta dichos comprobantes)

¿Cuál mes y año?	¿Pagado por qué?	¿Por qué no ha adjuntado comprobantes? (No necesita contestar esto si los comprobantes que le faltan son por gasolina y aceite)	Díganos lo que hizo para tratar de obtener los comprobantes.

NOMBRE (USE LETRA DE IMPRENTA)

NÚMERO DE TELÉFONO

DOMICILIO

Declaro, bajo pena de perjurio, que las declaraciones en ésta son verdaderas y correctas: (Firma)

The Green vs. Obledo court case covers your AFDC payments for these months: _____ thru _____ .
 At the time, we may have said we overpaid you more than in fact we did. We may even owe you money. If you think so, please fill out this form. You may use extra paper if you need to.

Answer the questions below. If you can do so, you must attach proof of payment for all costs except those (within reason) for oil and gasoline.

HERE ARE QUESTIONS ABOUT YOUR WORK-RELATED MILEAGE:

What month and year?	What Car?		How many miles was this car driven this month?			Who was the driver?
	Make	Year	Total Miles	How many miles did you or someone else drive to and from work only this month?		
				Miles	If less than usual, say why	

HERE ARE QUESTIONS ABOUT YOUR WORK-RELATED TRANSPORTATION COST:
 (For gasoline, report both the cost you paid and the cost per gallon.)

Date paid? (Month and year)	Amount paid?	To whom paid?		Paid for what?	What car?	
		Name	Address		Make	Year

HERE ARE QUESTIONS ABOUT YOUR OTHER WORK-RELATED COSTS (Uniforms, equipment and the like):

Date paid? (Month and year)	Amount paid?	To whom paid?		Paid for what?
		Name	Address	

HERE ARE QUESTIONS ABOUT MISSING PROOF OF PAYMENT (If you failed to attach such proof)

What Month and Year?	Paid for what?	Why haven't you attached proof of payment? (You needn't answer for gasoline or oil)	Tell us how you tried to get proof.

NAME (PRINT) _____ PHONE NUMBER _____
 ADDRESS _____

I declare, under penalty of perjury, that the above statements are true and correct: (Signed)

El caso que se llevó a corte de Green vs. Obledo cubre sus pagos de AFDC para estos meses: _____ a _____. Durante aquel tiempo es posible que le hayamos dicho que le habíamos emitido un pago excesivo en una cantidad mayor a la que de hecho hicimos. Aun es posible que le debamos dinero. Si cree que es así, por favor complete esta forma. Puede usar papel extra si necesita.

Conteste las preguntas que siguen. Si puede hacerlo, adjunte comprobantes de todos los gastos con la excepción (dentro de lo razonable) de los de aceite y gasolina.

ESTAS PREGUNTAS SON RESPECTO A SU MILLAJE RELACIONADO CON EL TRABAJO:

¿Cuál mes y año?	¿Cuál automóvil?		¿Cuántas millas recorrió este automóvil durante este mes?			¿Quién manejaba?
	Marca	Año	Total de Millas	¿Cuántas millas manejó usted o alguien más al y del trabajo únicamente en este mes?		
				Millas	Si fueron menos millas que lo usual en este mes, diga por qué	

ESTAS PREGUNTAS SON RESPECTO A SUS GASTOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO:

(Para la gasolina, reporte lo que le costó en total y lo que costaba por galón.)

Fecha del pago (Mes y año)	Cantidad pagada	¿Pagada a quién?		¿Pagada por qué?	¿Cuál automóvil?	
		Nombre	Domicilio		Marca	Año

ESTAS PREGUNTAS SON RESPECTO A OTROS GASTOS RELACIONADOS CON SU TRABAJO (uniformes, equipo, etc.):

Fecha del pago (Mes y año)	Cantidad pagada	¿Pagada a quién?		¿Pagada por qué?
		Nombre	Domicilio	

ESTAS PREGUNTAS SON SOBRE LA FALTA DE COMPROBANTES DE PAGOS (Si no adjunta dichos comprobantes)

¿Cuál mes y año?	¿Pagado por qué?	¿Por qué no ha adjuntado comprobantes? (No necesita contestar esto si los comprobantes que le faltan son por gasolina y aceite)	Díganos lo que hizo para tratar de obtener los comprobantes.

NOMBRE (USE LETRA DE IMPRENTA)

NÚMERO DE TELÉFONO

DOMICILIO

Declaro, bajo pena de perjurio, que las declaraciones en ésta son verdaderas y correctas: (Firma)

ATTACHMENT II

- 1) Listing by County of Dates Case
Records Retained

COUNTIES	Cases Retained for Case Closure Occur- ring On or After	Number CWD Offices		
ALAMEDA	8/77	6		
ALPINE	12/81	1		
AMADOR	1/79	1		
BUTTE	1/77	1		
CALAVERAS	1/79	1		
COLUSA	1/77	1		
CONTRA COSTA	11/79	16		
DEL NORTE	1/78	1		
EL DORADO	5/80	2		
FRESNO	1/77	1		
GLENN	1/77	1		
HUMBOLDT	12/79	1		
IMPERIAL	8/79	1		
INYO	1/80	2		
KERN	1/74	16		
KINGS	1/76	1		
LAKE	1/75	1		
LASSEN	7/78	1		
LOS ANGELES	1/77	59		
MADERA	1/76	1		
MARIN	1/81	2		
MARIPOSA	1/79	1		
MENDOCINO	1/79	2		
MERCED	1/80	1		
MODOC	1/78	1		
MONO	1/79	1		
MONTEREY	1/78	4		
NAPA	7/78	1		
NEVADA	9/76	1		
ORANGE	1/78	7		
PLACER	1/78	3		
PLUMAS	1/78	1		
RIVERSIDE	5/76	14		
SACRAMENTO	7/80	18		
SAN BENITO	1/77	1		
SAN BERNARDINO	10/78	10		
SAN DIEGO	1/76	9		
SAN FRANCISCO	5/80	1		
SAN JOAQUIN	11/79	1		
SAN LUIS OBISPO	3/78	3		
SAN MATEO	7/78	5		
SANTA BARBARA	7/79	3		
SANTA CLARA	1/79	9		
SANTA CRUZ	1/78	4		
SHASTA	1/80	1		
SIERRA	1/77	2		
SISKIYOU	12/77	1		
SOLANO	1/77	2		
SONOMA	8/80	1		
STANISLAUS	1/79	1		
SUTTER	1/79	1		
TEHAMA	1/77	1		
TRINITY	1/79	1		
TULARE	4/78	6		
TUOLUMNE	8/80	1		
VENTURA	12/76	6		
YOLO	1/75	3		
YUBA	1/77	1		
GRAND TOTAL	N/A	246		

ATTACHMENT III

- 1) TEMP 1595 - Statistical Report - 2 copies

STATISTICAL REPORT — GREEN v OBLEDO

County	<input type="checkbox"/> FIRST REPORT	<input type="checkbox"/> SECOND REPORT
REPORT PERIOD	September 1, 1984 - February 1, 1985	February 2, 1985 - April 1, 1985
DUE DATE	March 1, 1985	May 1, 1985

- A. CLAIMS** **NUMBER**
- 1. Number of cases approved for one or more months of retroactive benefits
 - 2. Number of cases denied all retroactive benefits
 - 3. Number of cases pending a decision on February 1st
 - 4. Number of case reconstructions required

- B. PAYMENTS** **AMOUNT**
- 5. Retroactive payments made
 - 6. Interest paid
 - 7. Total (sum of 5 and 6)

- C. HOW CLAIMANT FOUND OUT ABOUT THIS COURT DECISION**
- 8. Medi-Cal stuffers
 - 9. Prepaid health plan stuffers
 - 10. Posters or pamphlets
 - 11. Newsmedia
 - 12. Word of mouth
 - 13. Other

- D. CLAIMANT'S CURRENT AID STATUS**
 (sum of 14 and 15 must equal the sum of 1 and 2)
- 14. Aided
 - 15. Non-aided

Person to contact regarding this report	Telephone number	Date
	()	

Questions concerning completion of this report should be directed to the Statistical Services Branch at (916) 322-2230 or ATSS 492-2230.

ATTACHMENT IV

- 1) Statistical Report - Newly Computed Overpayment
(Implementing All County Letter No. 83-47, dated
June 1, 1983)

STATISTICAL REPORT FORM

GREEN V. OBLEDO

IMPLEMENTATION OF ALL COUNTY LETTER NO. 83-47, DATED JUNE 1, 1983

County	Person Completing Form	Title	Date
--------	------------------------	-------	------

I. Potential Claimants

(Number of persons who were notified that their overpayment could be computed using actual work-related expenses.)

II. Claims Filed

(Number of potential claimants requesting consideration of actual work-related costs in the computation of the overpayments.)

a. Number of claims allowed

b. Number of claims disallowed

c. Number of claims pending as of August 31, 1984

III. Total Dollars Paid

(Dollar reduction in overpayment due to consideration of actual work-related costs or dollars paid to recipient in interest and retroactive benefit if consideration of actual work-related costs creates an underpayment.)

a. Dollar reduction in overpayment

b. Dollars paid in retroactive benefit if underpayment created

c. Dollars paid in interest on III (b) above.
